FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° 223

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges PHILIPPE

Né à Cherbourg, le 21 août 1900

RUPTURE D'UN ANÉVRISME DE L'ARTÈRE ILIAQUE PRIMITIVE

Président : M. GOSSET, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

F5.5

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges PHILIPPE

Né à Cherbourg, le 21 août 1900

RUPTURE D'UN ANÉVRISME DE L'ARTÈRE ILIAQUE PRIMITIVE

Président : M. GOSSET, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA. MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
BINET . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ. . . . . Pathologie médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CATHALA. . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT. . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY. . . . . Urologie.
GARNIER. . . Pathologie expérimentle
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON . . Hygiène.
JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . Anatomie pathologique
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LIAN . . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.). Pharmacologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique.
OLIVIER . . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale,
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . . . Pharmacologie.
GUENIOT . . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE. . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE..	Clinique médicale.
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
PROUST. . . .	Clinique chirurgicale
SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérees comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage de ma profonde affection.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX
DE ROUEN, DE RENNES ET DU HAVRE

A Monsieur le Professeur GOSSET

Chirurgien de l'Hôpital de la Salpêtrière.
Commandeur de la Légion d'honneur.

Hommage de reconnaissance pour l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

RUPTURE D'UN ANÉVRISME

DE

L'ARTÈRE ILIAQUE PRIMITIVE

INTRODUCTION

Il nous a été donné au cours de notre internat dans les Hôpitaux du Havre d'observer un cas de rupture d'anévrisme de l'artère iliaque primitive dans le service du Dr Léopold Lenouëne qui a eu la grande obligeance de nous en confier l'observation et de nous suggérer ce travail.

La recherche de quelques rares cas semblables a confirmé la double difficulté du diagnostic et du traitement. C'est qu'en effet dans les premières phases de leur évolution alors qu'ils ne déterminent aucun symptôme subjectif, les anévrismes de l'iliaque primitive passent inaperçus du malade lui-même, de sorte que le chirurgien n'est guère appelé à les examiner que lorsqu'ils ont déjà un volume considérable, circonstance fâcheuse pour le traitement.

Le plus souvent la rupture de l'anévrisme est pour un sujet de bonne santé apparente la première manifestation de son mal et décide l'examen médical. Le chirurgien se trouve alors en présence d'un

anévrisme diffus dont les symptômes sont beaucoup moins précis et le diagnostic encore plus difficile. Enfin les morts subites ne permettent qu'à l'autopsie de révéler l'existence d'un anévrisme chez des individus qui se croyaient jusque-là bien portants.

Après avoir exposé notre observation et résumé celles qu'il nous a été permis de recueillir, nous rappellerons l'anatomie pathologique de la lésion nous en verrons la symptomatologie et enfin nous discuterons le diagnostic et le traitement.

Qu'il me soit permis d'adresser ici au Dr Lenouëne qui nous a encouragé pendant toutes nos études de ses conseils amicaux et qui a été pour nous le meilleur des maîtres, l'hommage de notre respectueuse sympathie et de notre vive reconnaissance.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance du Dr Lenouëne.

M..., 60 ans, de Beuzevile Le Grenier, est conduit à la clinique le 14 juin par le Dr Douville de Goderville.

Cet homme qui souffrait depuis 3 ou 4 mois de douleurs vagues dans l'abdomen a été pris il y a trois jours brusquement de crises très violentes dans la région lombaire. Les souffrances calmées par les piqûres de morphine pendant les deux premiers jours, le médecin traitant ayant cru devoir les attribuer à des coliques néphrétiques ont augmenté depuis 24 heures. Le sujet souffrait non seulement dans la région lombaire et le bas-ventre à droite mais aussi dans la hanche, la fesse et la cuisse du même côté.

Lorsque je vois le malade à 5 heures du soir, je constate que cet homme qui accuse des douleurs violentes dans le ventre et le membre inférieur droit, présente une grosseur dans la fosse iliaque droite. Il existe au-dessus de l'arcade de Fallope se propageant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la ligne ilio-pubienne une tuméfaction dure, douloureuse à la pression, libre sous la paroi abdominale. Cette tuméfaction est si bien limitée et coïncide si nettement avec les douleurs de la région fessiaire et de la région

crurale que je pense aussitôt à un ostéo-sarcome de l'os iliaque. Cependant le fait que ces phénomènes ont apparu en quelques jours et surtout la constatation d'un souffle au premier temps existant avec une propagation nette à la paroi abdominale des battements du cœur, me font éliminer ce diagnostic pour celui d'anévrisme abdominal et je pense à un anévrisme de l'iliaque externe droite. J'avoue que l'évolution rapide des symptômes de compression aurait pu orienter mon diagnostic vers un anévrisme rompu de l'iliaque primitive ou de l'iliaque externe. J'ajoute que l'examen de la fémorale et celui du membre inférieur droit ne révélaient rien de spécial : ni souffle, ni diminution des battements à l'auscultation de l'artère, ni œdème, ni troubles circulatoires de la jambe et de la cuisse.

Ayant fait le diagnostic d'anévrisme avec le Dr Bouillé, mon associé chirurgical, je conseille l'opération et à cause des douleurs violentes éprouvées par le malade, je suis d'avis de la faire dès le lendemain matin.

L'opération est pratiquée le 15 juin par moi-même avec l'assistance des Drs Bouillé et Testard. L'incision est faite au-dessus de l'arcade de Faloppe et je me dispose à récliner les tissus comme pour la ligature de l'iliaque externe en agrandissant la section par le haut, lorsque je me trouve en présence d'une poche de sang énorme pleine de caillots emplissant la fosse iliaque. Cette poche étant vidée, nous sommes inondés par le sang qui s'écoule derrière les caillots. J'agrandis l'incision en haut et pénétrant dans la grande cavité abdominale, j'arrive à repousser l'intestin qui est maintenu par mes aides. Je vois avec beaucoup de difficultés que le sang provient de la région rétro-péritonéale

et j'estime qu'il a sa source dans une rupture de l'iliaque primitive droite. La compression de l'aorte abdominale faite par le Dr Bouillé à travers le mésentère arrive à limiter l'hémorragie. Cependant la perte de sang due à une rupture de l'iliaque primitive du volume d'un pois a été énorme et quelques minutes après que j'ai pu placer un clan sur l'origine de l'iliaque primitive le sujet meurt sur la table d'opération.

L'autopsie a montré une rupture d'un anévrisme de l'iliaque primitive droite. La poche s'étend de l'origine de l'iliaque primitive jusqu'à sa bifurcation et la plaie anévrismale située à la face postérieure de l'artère présente les dimensions d'environ 4 centimètres carrés. En examinant la pièce anatomique, il est manifeste qu'une ligature n'eut jamais pu faire l'hémostase d'une plaie déchiquetée reposant sur une base si indurée et si dégénérée. Il eut fallu pour qu'il restât une chance de guérir le malade, faire la résection de l'iliaque primitive toute entière et ceci était impossible étant donné l'importance de l'hémorragie.

Il m'a donc bien semblé ainsi qu'aux Drs Bouillé et Testard, chirurgiens des hôpitaux, qui m'aidaient et au Dr Douville, médecin traitant qui assistait à l'opération que la cure chirurgicale de ce cas était au-dessus des ressources de notre art.

Description de la pièce.

La préparation présente sa face postérieure. En haut, maintenue ouverte par un tube de verre : l'aorte abdominale à gauche l'iliaque primitive gauche, normale.

L'anévrisme est surtout développé aux dépens de la paroi postérieure de l'iliaque primitive droite. Il s'étend sur toute la longueur de l'artère. La paroi postérieure de l'aorte est un peu dilatée au niveau de sa bifurcation.

La surface interne est fortement atteinte par la sclérose. On voit nettement les plaques d'athérome, nacrées, qui tapissent toute la paroi.

La perforation se trouve sur la paroi postérieure à 8 centimètres au-dessous de la bifurcation. Elle a deux centimètres et demi de hauteur A son niveau la paroi artérielle est très épaissie et présente une consistance cartilagineuse. Les bords de la perforation sont déchiquetés et on voit près de son bord droit les traces d'adhérences qu'il a fallu rompre pour pénétrer jusqu'à elle.

OBSERVATION II

(Docteur Rivet, Chirurgien des Hôpitaux de Nantes.
Gazette médicale de Nantes, 15 juin 1901).

Malade de 22 ans, fièvre typhoïde antérieure, 4 à 5 semaines, ayant débuté deux mois et demi avant l'admission à l'Hôtel-Dieu ; douleurs violentes du testicule et du flanc gauches, accompagnées d'oscillations thermiques, survenues en pleine convalescence.

Une petite tumeur de la fosse iliaque gauche perçue dès le début des accidents, croît progressivement pour atteindre

Cette photographie montre la paroi postérieure de l'anévrisme. En haut, l'aorte abdominale. A gauche, l'iliaque primitive gauche. A droite, la rupture.

un volume considérable le vingtième jour. A ce moment l'état général nécessite l'entrée à l'hôpital.

Le jeune malade se présente à moi très amaigri, très décoloré ; sa jambe gauche est en flexion ; il ne peut remuer ses membres sans le secours des mains. Pas d'œdème. Sensibilité atténuée du membre inférieur. L'abdomen révèle une déformation très apparente avec voussure de la fosse iliaque gauche. On trouve une volumineuse tuméfaction, un peu irrégulière, emplissant toute cette fosse, dépassant la ligne médiane et remontant jusqu'aux fosses côtes. Matité partout à gauche, sauf un peu dans la région lombaire. Palpation douloureuse ; on ne peut allonger la jambe du patient. Température : 38°, 38°5. Urine normale, ni sang, ni pus. Il n'y a aucune affection antérieure à cette typhoïde Quel diagnostic porter ? L'existence d'une tuméfaction empâtée semblant en certains points fluctuante profondément l'existence d'un état infectieux de longue durée, à oscillations, l'élévation actuelle de la température, imposaient le diagnostic de collection purulente.

Intervention le 22 mars. Incision courbe à peu près parallèle à l'arcade de Falloppe, afin de décoler le plus près possible de la fosse iliaque externe. A peine les différents plans de la paroi incisés, je vis s'écouler du pus teinté en brun. Avançant progressivement avec circonspection, avecle doigt seul, dans la direction de l'écoulement purulent, je me trouvais rapidement en présence d'une masse de couleur lie de vin, ressemblant un peu à la paroi de certaines hématocèles. La partie profonde en contact avec la fosse iliaque était assez résistante ; la paroi supérieure au contraire rénitente, très tendue à paroi mince

mais le tout absolument adhérent aux parties voisines.

A quoi avais-je à faire ? Kyste hématique, anévrisme infecté ? Immédiatement sans autre effraction la poche se rompt largement faisant jaillir avec force un flot de liquide rouge. ¡Evidemment anévrisme. Compression de l'aorte abdominale et la poche est remplie de compresses. L'hémorragie s'arrête. Le malade déjà affaibli semblait s'en aller : laparotomie pour ligature du vaisseau si possible. Je trouve une tuméfaction énorme sans limite précise en corrélation avec les dimensions décrites remontant très haut vers la région rénale. L'aorte aplatie à sa surface ne pouvait se révéler même par une palpation minutieuse ; elle se perdait vers le milieu de la tumeur. Difficilement je repère l'iliaque externe dont les battements sont peu sensibles. Impossibilité de voir le point d'épanouissement de l'artère dans l'anévrisme. La ligature de l'aorte était impossible, il aurait fallu remonter trop haut, le malade succombe deux heures après.

Nécropsie : la pièce présentée est un anévrisme sacciforme développé aux dépens de l'iliaque primitive, à environ un travers de doigt de sa bifurcation, poche très volumineuse sans configuration précise, à limites indécises, fusionnée avec les organes voisins notamment avec le psoas. L'aorte disséquée avec peine est absolument aplatie à sa surface. L'iliaque primitive semble faire corps avec elle d'où impossibilité de faire une ligature sur cette portion artérielle.

L'anévrisme contient deux parties, l'antérieure représentant la cavité anévrismale la plus récente, l'autre profonde et postérieure adhérente au psoas, épaisse de 5 à 6 centimètres, résistante, se divisant en lamelles qui ne sont que

des strates fibrineuses, caillot actif révélant l'ancienneté de la lésion. Le rein présente une collection de pus du volume d'une mandarine, à la face postérieure vers le pôle inférieur, collection sous capsulaire ouverte dans le bassinet, pas primitivement rénale.

En résumé anévrisme ancien formé aux dépens de l'iliaque primitive gauche. Une collection purulente sous la capsule du rein. Infection de la paroi externe de l'anévrisme. Psoas dégénéré. Pas de trajet communiquant avec les côtes ou la colonne vertébrale.

Ce sujet était porteur d'un anévrisme ancien infecté au voisinage de l'abcès juxtarénal. La douleur violente éprouvée par le malade dans le testicule et le flanc gauche, doit être en relations avec une première rupture de la poche anévrismale car c'est à partir de ce moment que la tumeur augmente. Quant à l'abcès lui-même il est bien probable qu'il doit reconnaître une origine éberthique.

Si le diagnostic de collection purulente s'imposait, il était absolument impossible de songer qu'il pouvait y avoir concurremment un anévrisme. L'âge du malade et la rareté extrême des anévrismes des iliaques, de la primitive en particulier, devait en faire rejeter tout soupçon.

On ne constata jamais ni expansion, ni battements. La véritable cavité anévrismale était peu volumineuse, circonstance qui devait empêcher l'expansion et la sensation de battements. En plus les adhérences inflammatoires périphériques épaississaient la paroi.

OBSERVATION III

Par M. F. Ferrari d'Alger

Bulletins et mémoires de la Société Nationale de chirurgie
(Tome LV, n° 4, 9 février 1929, page 161).

M. X..., âgé de 71 ans entre à l'hôpital de Mustapha le 24 mars 1927 avec le diagnostic de hernie étranglée. Le début des accidents remonte à six jours. Le malade était allongé dans son lit quand on vient lui apprendre la mort de sa fille. En proie à une émotion intense, il se lève brusquement et au même instant, il éprouve dans la fosse iliaque gauche une vive douleur qui l'oblige à se recoucher. Cette douleur persiste très aiguë, pendant une heure environ, toujours localisée à la fosse iliaque sans irradiations spéciales et sans être accompagnée de vomissements. Quand elle fut apaisée le malade se releva et se rendit au chevet de sa fille. Il suivit même le convoi funèbre. Mais alors les douleurs le reprirent et il s'alita définitivement. Depuis le début des accidents, le malade présenta une constipation opiniâtre qui motiva de la part de son entourage une purgation et des lavements nombreux. Malgré le repos, les applications chaudes sur l'abdomen, l'état du malade s'aggrava progressivement. La température s'éleva jusqu'à 39°8. Toujours pas de vomissements. A ce moment un médecin consulté constate une tuméfaction de la bourse gauche et envoie le malade d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic de hernie étranglée. C'est à ce moment que nous sommes appelé à l'examiner.

L'interrogatoire de la famille sur les antécédents du

malade nous apprend que depuis trois mois il présente des alternatives de diarrhée et de constipation. A aucun moment on n'a constaté l'existence d'une hernie et la tuméfaction des bourses est toute récente.

L'examen somatique montre qu'il existe dans la bourse gauche une tuméfaction dure, douloureuse à la pression, non réductible. La palpation de l'abdomen permet de constater l'existence d'une tuméfaction volumineuse remplissant toute la fosse iliaque gauche, remontant jusqu'au niveau du flanc gauche et confinant en dedans et en haut à l'ombilic et à la ligne ombilico-pubienne. Cette tuméfaction, très douloureuse à la pression, ne permet pas de se rendre compte si elle est fluctuante. Elle n'est pas animée de battements, la percussion révèle de la matité. Le reste de l'abdomen est souple, sans être tendu. On ne constate pas de mouvements péristaltiques. Le toucher rectal est négatif. En outre l'état du malade est très grave : dyspnée légère, faciès grippé. Température rectale : 39°6. Pouls 140 très faible. Langue rôtie. En somme, tous les signes d'un état infectieux très accentué.

Le diagnostic de hernie étranglée semblait devoir être écarté malgré la tuméfaction de la bourse gauche. Mais l'état infectieux présenté par le malade, cette tuméfaction de la fosse iliaque gauche, très douloureuse à la pression, la fièvre élevée, nous orientaient plutôt vers le diagnostic de collection purulente. Cependant l'origine en demeurait obscure et ce n'étaient pas les alternatives de diarrhée et de constipation signalées dans les antécédents du malade qui pouvaient nous faire penser à une tumeur du côlon sigmoïde ou bien à une sigmoïdite. Au contraire la continuité

de la tuméfaction iliaque avec celle des bourses, nous incitait vers un siège sous péritonéal de la collection. Quoi qu'il en soit l'incertitude ne pouvait nous laisser inactifs et nous décidâmes d'intervenir sur-le-champ.

Intervention. — Anesthésie locale à la cocaïne depuis la face antérieure de la bourse gauche jusque sur la paroi abdominale, parallèlement à l'arcade crurale et à deux travers de doigt au-dessous d'elle, sur une longueur totale de 15 centimètres.

A l'incision des enveloppes scrotales, nous constatons l'existence d'une infiltration ecchymotique. Le cordon lui-même est énorme et présente la même infiltration sanguine. Cette constatation pouvait s'expliquer par des manœuvres de taxis que le malade avait subies. L'incision est prolongée sur la paroi abdominale. Le péritoine pariétal est décollé comme pour une laparotomie sous-péritonéale.

A ce moment s'échappent des caillots sanguins en assez grande quantité. Nous prolongeons encore notre incision pariétale vers le haut, pour poursuivre le décollement du péritoine et nous donner plus de jour pour découvrir l'origine de ce volumineux hématome. Nous enlevons encore une certaine quantité de caillots, puis, tout à coup se produit un écoulement de sang rouge qui nous oblige à faire dans la profondeur de la fosse iliaque une compression avec la main. Mais à ce moment le malade présente des symptômes alarmants : pâleur de la face, respiration suspirieuse, pouls filant et il meurt en quelques secondes.

Autopsie. — L'autopsie a permis de découvrir l'origine de ce volumineux hématome. L'artère iliaque primitive gauche présente à sa partie moyenne, sur sa face antéro-externe, une

perforation de un centimètre et demi à deux centimètres de diamètre. Cette perforation était à l'origine de l'hématome qui était sous-péritonéal. Il occupait non seulement toute la fosse iliaque gauche, mais le sang avait encore infiltré le scrotum, les éléments du cordon et il s'étendait en haut jusque dans la fosse lombaire gauche. La capsule adipeuse du rein était elle-même le siège d'une infiltration sanguine très accentuée.

La perforation qui mesurait un centimètre et demi sur deux centimètres de diamètre présentait des bords dentelés. Dans la lumière de l'artère se trouvait une plaque d'athérome encore attachée à la partie supérieure de la perforation par un mince pédicule de paroi artérielle et formant comme un clapet. Par ailleurs l'artère iliaque primitive, l'iliaque externe et l'hypogastrique, ainsi que l'aorte étaient manifestement athéromateuses. La lumière de l'artère iliaque primitive, sans être obturée était cependant rétrécie.

OBSERVATION IV

(Brewer. *Ann. Surg. Phila*, 1901, XXXIII, p. 473. *Transactions of the New-York surgical Society* 12 déc. 1900.)

Le malade en traitement au Roosvelt Hospital, a 46 ans. Il a contracté la syphilis 15 ans avant. Il y a deux ans est apparue une petite tumeur dans la fosse iliaque gauche, masse ni douloureuse, ni tendue qui commença à battre peu après. La tumeur grossit graduellement, mais sans amener aucun trouble pour le malade jusqu'à 2 mois avant son admission.

A ce moment apparaissent une difficulté de la marche et une sensation désagréable de battements pendant l'exercice : un peu plus tard un œdème du pied qui remonte progressivement. La douleur est si marquée quelques jours avant l'entrée à l'hôpital que le malade doit cesser son travail.

A l'examen on relève des cicatrices de syphilis sur les jambes. Le cœur présente à la pointe un souffle présystolique et systolique avec second bruit accentué. Dans la fosse iliaque gauche on trouve une tumeur ovale remplissant l'espace compris entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'épine du pubis, tumeur à contours nets en bas mais semblant en haut plonger dans les parties profondes sans ligne de démarcation.

A la palpation on sent des pulsations nettes. La main a l'impression d'une faible épaisseur de tissus entre la peau et le sang en circulation.

A l'auscultation on a un souffle systolique bas, synchrone aux battements du cœur. Pas d'impulsion à la toux. La peau est mobile. Il n'y a pas de pulsation dans l'artère tibiale postérieure. La jambe est œdématiée et froide. Les veines superficielles sont élargies. Température 99°2 f. Pouls 112.

Opération. — Anesthésie à l'éther. L'incision est faite entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic parallèlelement aux fibres du grand oblique. On découvre le péritoine qui est récliné pour laisser voir les artères iliaques. Un catgut chromé lie l'iliaque primitive à son extrémité supérieure et la plaie est fermée normalement. La jambe entière est enveloppée dans du coton et bandée. Le malade est mis au lit.

Aucune réaction ne suit l'opération. La plaie se referme primitivement. Le pied reste chaud et bien nourri.

23 jours plus tard, nouvelle intervention et une incision verticale est faite sur toute l'étendue de la tumeur.

L'artère iliaque externe est liée puis l'iliaque interne.

Les parois de l'anévrisme sont soigneusement séparées de la veine et du nerf et tout le sac enlevé. Fermeture. Pansement. Aussitôt après l'intervention on note une grosse baisse de température dans le pied et la jambe, sans autre signe de mauvaise circulation.

Le malade reste au lit trois semaines. La plaie se ferme bien et la douleur ayant disparu le malade est autorisé à s'asseoir une heure par jour. Il y a maintenant trois mois et une bonne heure de marche est possible.

OBSERVATION V

Orth, *Aneurisma der arteria iliaca und vena communis dextra* (*Arch. f. Klin. Chir.* Berlin, 1915, CVI, p. 823).

Un soldat de 22 ans blessé par un coup de feu à la partie droite du bassin est amené le quatrième jour après la blessure à l'hôpital de réserve de Forbach. J'ai vu moi-même le patient 14 jours après son arrivée, appelé par le médecin de service. Je pensai à un anévrisme et fis transporter le malade dans un service de chirurgie.

Le malade présente de légers râles de bronchite au sommet du poumon droit. La jambe droite est en contracture. On constate une forte douleur au repos et au mouvement. Le pouls est petit, 90 pulsations, et difficilement perceptible

à la fémorale droite. La blessure se trouve vers le milieu de la ligne innominée de l'os iliaque droit. Dans la fosse iliaque droite on trouve une voussure avèc une résistance marquée. Il n'y a pas de pulsations. La température est à 37°8. Le diagnostic entre un abcès et un anévrisme était douteux. Cependant pour l'anévrisme il y avait des symptômes plus marqués. La forte douleur m'incita à une opération immédiate qui aurait guéri une collection non sanglante.

Opération. — L'incision est faite comme pour la découverte des artères iliaques. Après dissection des faisceaux des obliques on arrive sur une masse pulsatile qui est un anévrisme s'étendant sur l'iliaque primitive et l'iliaque externe. L'incision est allongée vers le bas. L'artère iliaque interne et l'épigastrique sont prises dans des ligatures. On pratique alors l'incision du sac avec précautions mais jusqu'au centre, incision limitée par où se produit une hémorragie considérable. L'abondance de l'écoulement sanguin gêne la vue du champ opératoire et ne permet d'aborder qu'avec difficulté la veine et l'artère iliaque blessées. Cependant, on les lie au bout central et au bout périphérique. Drainage, fermeture de la plaie et pansement.

Le malade se remit lentement. Il n'y eut aucune gangrène malgré l'extrême faiblesse du pouls. La convalescence fut souvent troublée par des crampes musculaires et des douleurs nerveuses. Le malade se leva 6 semaines après l'opération. Il mourut 4 mois après de tuberculose.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'entreprendre l'anatomie pathologique nous allons rappeler quelques considérations d'anatomie topographique qui nous permettront de mieux situer la lésion dans l'organisme.

Les deux artères iliaques primitives, nées de l'aorte au niveau de la quatrième lombaire, se portent obliquement en bas et en dehors dans la direction d'une ligne allant de l'ombilic à la partie moyenne de l'arcade crurale et se divisent au niveau de la symphyse sacro-iliaque en deux branches : iliaque interne et iliaque externe.

Les iliaques primitives ne fournissent aucune collatérale. Elles reposent en dehors sur le muscle psoas et sont recouvertes en dedans et en avant par le péritoine. L'iliaque primitive droite passe au devant de la veine correspondante et recouvre en partie l'origine de la veine-cave inférieure. L'iliaque primitive gauche présente sa veine collatérale en dedans et en arrière. Chaque artère est croisée en avant par l'uretère du même côté.

Les différents processus pathogènes pouvant entraîner la formation d'anévrismes des gros troncs artériels abdominaux sont l'athérome, les artérites localisées et la dégénérescence graisseuse.

Dans les observations publiées au début de ce travail, nous relevons deux cas d'athérome, les malades du Dr Lenouëne et du Dr Ferrari. Celui du Dr Ferrari présenta une perforation d'une artère athéromateuse ayant donné lieu secondairement à un anévrisme diffus et celui du Dr Lenouëne une perforation d'un anévrisme développé aux dépens d'une artère athéromateuse.

L'athérome artériel est une andartérite chronique. Les vaisseaux sont durs au toucher, roulent sous le doigt, ne se laissent pas déprimer. Ils sont dilatés en certains points. Leur section montre une paroi dure, résistante, épaissie, de consistance calcaire. La surface interne est irrégulière, mamelonnée, présente des plaques cartilagineuses, rigides, et dans les interstices qui séparent ces plaques, la tunique interne tiraillée se laisse déchirer. Le sang pénètre dans leur intervalle ; la tunique moyenne s'infiltre et se rompt, la tunique externe se dilate et forme une poche anévrismale. Ce décollement de la tunique externe peut se faire sur une très grande étendue. La rupture est une des conséquences relativement fréquentes de l'athérome.

Les anévrismes des gros troncs artériels, ainsi que l'ont dit Broca, Lancereaux et Brault, sont le plus souvent sous la dépendance d'artérites localisées. Ces artérites sont des complications d'une maladie locale ou générale. Dans cette catégorie rentrent les observations de Rivet et de Orth. On y voit deux jeunes malades, l'un convalescent de typhoïde,

l'autre blessé d'un coup de feu. Enfin le malade de Brewer est un ancien syphilitique.

La présence à l'intérieur d'un vaisseau d'un corps étranger donne lieu à une réaction inflammatoire de l'artère. Ainsi agissent les embolies (anévrismes emboliques connus depuis les recherches de Greenfield, de Gowers et de Pel) et les thromboses. Toutes les maladies infectieuses, mais particulièrement la grippe et la fièvre typhoïde sont les causes de ces thromboses. D'autre part, la syphilis et la tuberculose sont souvent l'origine d'anévrismes par artérites localisées, leurs processus spécifiques détruisant la tunique moyenne de l'artère.

Enfin une inflammation se produisant dans le voisinage d'une artère ou un traumatisme, peuvent retentir sur elle, donner lieu à de la péri-artérite puis à de l'endartérite. Et pour terminer un foyer purulent voisin peut être la cause d'ulcération ou de perforation, et ici nous retrouvons la pathogénie de l'anévrisme diffus de Rivet, où une suppuration d'origine rénale entraîna la perforation d'un anévrisme préexistant.

Quel que soit le processus pathologique, inflammation de voisinage s'attaquant d'abord à la tunique externe, altération primitive de la tunique interne dans l'embolie ou la thrombose, lésions spécifiques de la tuberculose ou de la syphilis, un fait principal domine l'anatomie de l'anévrisme c'est la modification profonde subie par la tunique moyenne, la plus résistante.

A un examen histologique, la paroi du sac apparaît, disent Cornil et Ranvier, comme formée par un seul tissu dont la structure est identique à celle de la tunique interne modifiée par l'endartérite, c'est-à-dire par un tissu de cellules plates formant des couches superposées séparées par une substance fibrillaire, ce tissu pouvant subir du reste une série de transformations diverses, athérome, dégénérescence graisseuse ou calcaire ; dans certains anévrismes même la poche forme une véritable coque calcaire. C'est en somme un tissu qui ne permet pas de reconnaître la structure artérielle, mais si l'on fait des coupes au niveau de l'abouchement de l'anévrisme avec l'artère on trouve des vestiges de la tunique moyenne, des lames superposées de tissu élastique.

Les anévrismes iliaques se présentent sous des apparences différentes qui permettent de les diviser comme les anévrismes en général en anévrismes fusiformes (renflement cylindrique dont les deux extrémités sont constituées par l'artère qui se continue à plein canal avec la tumeur). Et anévrismes sacciformes (poche appendue à l'artère communiquant avec elle par un orifice plus ou moins large) Leur nombre et leur siège est variable.

Quand on ouvre la poche anévrismale on constate l'existence dans la cavité des caillots fibrineux. Ils apparaissent comme des couches stratifiées, de consistance fibrineuse presque fibroïde là où elles sont en contact avec la paroi artérielle, de consis-

tance moindre au niveau où elles sont en contact avec le sang.

L'anévrisme a pour principal caractère de présenter une tendance permanente à s'accroître. Tous les organes qu'il rencontre se fusionnent pour ainsi dire avec lui, si bien qu'il est difficile et souvent impossible de séparer l'anévrisme des tissus voisins. Ceux-ci même arrivent à faire partie intégrante du sac, les parois de la poche ayant été peu à peu progressivement usées.

Quand l'anévrisme s'ouvre dans le tissu cellulaire voisin, sous-péritonéal, et lorsque des adhérences se sont déjà établies et sont suffisantes pour empêcher l'épanchement de fuser au loin et d'entraîner une mort rapide, il se forme un anévrisme diffus. C'est dans le tissu cellulaire rétropéritonéal que l'hémorragie se fait le plus souvent.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

La symptomatologie des anévrismes de l'iliaque primitive a pour caractéristique principale d'être très atténuée ; c'est au point que l'anévrisme passe souvent inaperçu durant la vie et peut constituer une véritable trouvaille d'autopsie. Non seulement le diagnostic n'est pas toujours fait, mais les causes d'erreurs sont multiples et cette maladie est fréquemment confondue avec une autre.

Cependant les signes physiques et les signes fonctionnels ont été soigneusement décrits. Les signes physiques sont les plus importants.

L'inspection permet de constater une tumeur arrondie ou ovoïde, régulière dans sa forme, de consistance molle ou pâteuse, quelquefois même dure. La main appuyée à sa surface perçoit parfois un frémissement vibratoire discontinu, intermittent, le thrill des Anglais, mais ce symptôme est exceptionnel dans les anévrismes artériels. Deux symptômes cardinaux sont reconnus par la palpation : les battements et l'expansion.

Les battements consistent en un simple soulèvement rythmique de la tumeur. Ils sont synchromes au pouls et retardent légèrement sur la contraction

du ventricule. Ils peuvent être perçus à l'œil si l'anévrisme fait saillie sous la peau.

L'expansion coïncide avec le battement, mais elle est due à l'augmentation momentanée de volume de la tumeur. Ce signe est très difficile à apprécier dans les anévrismes iliaques.

La réunion de ces divers signes : tumeur, battements, expansion, a une importance considérable. Mais ils ne sont pas toujours facilement constatables, soit que la tumeur n'ait encore acquis qu'un volume peu considérable, soit que l'existence de nombreux caillots dans son intérieur ait atténué l'énergie des battements.

La percussion permet de délimiter la tumeur par une matité plus ou moins étendue.

L'auscultation révèle un souffle coïncidant avec la pulsation artérielle, intermittent par conséquent, unique, d'intensité variable, de peu de durée et très localisé.

Le pouls est modifié en aval : battements artériels diminués ou même imperceptibles. Il y a en outre du retard à la pulsation sur l'artère symétrique au pouls fémoral, mais ce signe également est difficile à percevoir. Si les signes physiques de l'anévrisme sont pathognomoniques,les symptômes fonctionnels existent cependant et ils sont les seuls qui pendant longtemps permettent de supposer le diagnostic. Ces symptômes fonctionnels résultent soit des troubles de la circulation déterminés par la présence de l'anévrisme, soit de phénomènes d'irrita-

tion et de compression exercés par l'anévrisme sur les organes avec lesquels il se trouve en rapport de continuité. C'est ainsi que la compression des veines donnera des varices, du gonflement, des œdèmes. La compression des nerfs sera l'origine de névralgies avec irradiations sur le trajet des uretères, des cordons spermatiques et au niveau des testicules. Aux phénomènes douloureux viennent se joindre des troubles de la marche, de la faiblesse dans le membre inférieur. Enfin on a signalé la contracture du psoas avec flexion de la cuisse sur le bassin.

L'observation de Brewer répond nettement à la symptomatologie que nous venons d'énoncer. Nous assistons pendant deux ans au développement régulier d'une tumeur pulsatile qui ne donne lieu à aucun signe fonctionnel. Puis tout à coup la marche devient pénible, le malade éprouve une sensation de battement au niveau de sa tumeur et un œdème s'installe, envahissant progressivement le pied et la jambe.

Les signes cardinaux sont réunis à l'examen : tumeur, battements, pulsations, souffle systolique.

Malgré le nombre et la diversité de ces signes, il y a beaucoup de cas fort embarrassants où l'on est obligé de rester dans le doute. C'est ce qui arrive pour les anévrismes encombrés de caillots.

Il est important de noter la physionomie spéciale des anévrismes de l'iliaque primitive. Ils ont une marche rapide et ne rencontrant du côté du péritoine aucune résistance sérieuse, ils atteignent vite

un volume considérable. Le fait que ces anévrismes passent parfois complètement inaperçus est précisément dû à cette marche rapide et à ce qu'ils ne rencontrent pas de résistance.

Lorsqu'un anévrisme bat et souffle, rien n'est plus facile que de le reconnaître. Mais il est fréquent que les battements disparaissent dans des tumeurs qui cependant continuent à croître. Le diagnostic devient alors extrêmement difficile.

L'anévrisme reconnu, il faut encore déterminer sur quelle artère il a pris naissance. Or la tumeur est généralement volumineuse et on est obligé de s'en remettre aux probabilités : les anévrismes de l'iliaque primitive sont tout à fait exceptionnels, tandis que l'iliaque externe est le plus souvent atteinte. C'est bien peu d'une probabilité aussi vague quand il s'agit de prendre une détermination pour le traitement.

Une des complications les plus fréquentes de l'anévrisme iliaque c'est sa transformation en anévrisme diffus.

Généralement alors les battements diminuent d'intensité et souvent disparaissent complètement. Si lors de la rupture le péritoine ne résiste pas, le sang fait issue dans la cavité séreuse et la mort est rapide.

« Il semble parfois, dit Pierre Delbet (*Traité de chirurgie*, tome 4, page 242) que la rupture se fasse en deux temps : le sang s'infiltre d'abord dans le tissu cellulaire, puis la séreuse cède à son tour et

le sang fait irruption dans la cavité péritonéale. C'est sans doute ainsi que les choses se sont passées pour un malade de Hughes (*The Dublin Hospital gazette*, vol. III, 1856, D. 8) qui se considérait comme très bien portant, fut pris de douleurs abdominales un vendredi et mourut le dimanche suivant. L'autopsie montra un anévrisme rompu de l'iliaque primitive et on a trouvé du sang à la fois entre les lames du mésentère et dans le péritoine.

Ce symptôme douleur extrême, lors de la rupture semble être constant. Il apparaît dans chacune des trois observations rapportées au début de ce travail, comme le symptôme révélateur. Mais on est surtout frappé par la pauvreté des signes physiques et fonctionnels et leur manque de netteté. Le malade de Rivet ne présente aucun signe pathognomonique. Celui de Ferrari non plus : ni battements, ni expansion. Seul celui du Dr Lenouëne présente un souffle systolique et des battements, avec des signes de compression : névralgies violentes dans le bassin, la fesse et la hanche.

Une autre complication de l'anévrisme iliaque est l'infection de la paroi du sac par un foyer purulent voisin. C'est le cas du malade de Rivet chez qui l'état infectieux, la température élevée, la voussure de la fosse iliaque gauche, la douleur, la contracture de la jambe firent porter le diagnostic de collection purulente.

Le diagnostic différentiel de l'anévrisme de

l'iliaque primitive est à faire avec les tumeurs occupant la fosse iliaque.

Si la consistance de la tumeur est très dure il sera naturel de penser à une tumeur osseuse qui peut être une exostose, un enchondrome (affections rares, non douloureuses, siégeant aux parties postérieures ou antérieures de la fosse iliaque) ou plutôt un ostéosarcome, tumeur plus fréquente, douloureuse spontanément et à la pression qui se montre à la partie moyenne de la fosse iliaque et a un développement relativement rapide. Ces différentes tumeurs ne sont pas animées de battements mais l'anévrisme pourra être confondu avec l'ostéosarcome pulsatile qui s'en distinguerait surtout par l'intensité des douleurs qui accompagnent son évolution et la cachexie à laquelle il donne lieu.

Si la consistance de la tumeur est molle ou liquide, si on perçoit de la fluctuation on devra songer à l'abcès froid ossifluent et s'empresser de chercher un mal de Pott dont l'absence permettra d'éliminer ce diagnostic.

Si la tuméfaction siège à droite il faudra faire le diagnostic avec la tuberculose iléo-cæcale qui dans sa forme avancée présente un empâtement diffus. Ici les commémoratifs, des lésions pulmonaires concomitantes, l'entérite spécifique, beaucoup plus marquée que les symptômes intestinaux signalés dans certains anévrismes empêcheraient l'erreur.

Enfin si la tuméfaction siège dans la fosse iliaque gauche, le diagnostic de collection suppurée péri-

sigmoïdienne peut être envisagé. Dans le cas de Ferrari on a vu l'état infectieux présenté par le malade, sa haute température, la douleur s'opposant à une palpation minutieuse l'absence de battements, orienter le diagnostic dans cette voie.

On voit combien le diagnostic d'anévrisme de l'iliaque primitive est difficile et combien d'erreurs sont possibles lorsque battements et pulsations font défaut. Tout ce qu'on peut dire c'est que dans le cas où une tumeur sans caractère précis siège sur le trajet d'une artère, il faut se méfier.

TRAITEMENT

A propos du traitement des anévrismes en général, Pierre Delbet dit : « Lorsque les anciens chirurgiens voulaient traiter un anévrisme, ils s'adressaient directement au sac pour l'inciser ou pour l'enlever. Mais quand sont venues les grandes infections qui avaient rendu la chirurgie si meurtrière, cette méthode rationnelle fut abandonnée. »

Il rappelle des méthodes variées qui n'ont plus heureusement qu'un intérêt historique : Valsalva saignait ses malades et les maintenait immobiles et à la diète jusqu'à ce que l'anévrisme voulût bien guérir. Monteggia imagina des injections coagulantes dans le sac et on employa un nombre de substances considérable. Puis suivant la méthode de Moore-Bacelli on introduisit des corps étrangers dans le sac : ressorts de montres, fils de fer, aiguille d'or ou d'argent, catgut, crins. On essaya tour à tour et sans succès la galvanopuncture, la malaxation, les réfrigérants, la compression directe, la flexion et la compression indirecte pour revenir enfin à des méthodes chirurgicales plus normales.

« La ligature de l'iliaque primitive a été faite pour la première fois par Valentin Mott le 15 mars 1827.

Son malade a guéri. J'ai réuni 9 cas de ligature de cette artère pratiquées depuis l'ère antiseptique. Cinq malades ont guéri dont un après suppuration du sac. Dans un cas il y eut de la gangrène et il fallut amputer. Dans un autre après une amélioration momentanée, l'amputation devint également nécessaire. Enfin deux malades sont morts. »

« On a été jusqu'à lier l'aorte. A. Cooper fit le premier cette ligature. Le malade ne survécut que 40 heures. Kirmisson qui a soigneusement étudié cette question, arrive à la conclusion suivante : « Sur onze cas de ligature de l'aorte pratiqués jusqu'à ce jour, on ne compte pas encore un succès. » Ce n'est pas encourageant. Il semble donc que ce n'est pas du côté de la ligature que doive s'orienter le traitement des anévrismes iliaques. L'action directe sur le sac donnera-t-elle de meilleurs résultats ? »

« Quant aux anévrismes de l'iliaque primitive ils sont plus embarrassants encore. Dans un cas l'anévrisme rompu a été pris pour un abcès et incisé. Il fut impossible de lier l'artère et le malade est mort d'hémorragie. Dans un autre cas Schimmelbusch a fait la double ligature au dessus et au-dessous. Le malade qui avait en outre un cancer du côlon est mort de pneumonie septique. On comprend qu'il est impossible à l'heure actuelle de formuler une règle pour le traitement des anévrismes de l'iliaque primitive. »

Aujourd'hui le problème se pose ainsi : Doit-on

se contenter de lier l'artère ? Faut-il inciser le sac avant de lier ou enlever la tumeur après ligature de ses deux extrémités sans inciser le sac au préalable ?

Lorsque le diagnostic a pu être posé, lorsqu'on se trouve en présence d'un anévrisme à contours bien définis, sans grosses adhérences aux tissus voisins, on peut se demander quelle est la méthode préférable.

Brewer dans l'observation rapportée au début de cette thèse, a fait une opération en deux temps : ligature au-dessus du sac dans le premier temps, puis dans un deuxième temps ligature au-dessous et extirpation du sac. Son malade a guéri.

Orth a incisé le sac, mais l'abondance de l'hémorragie a considérablement gêné la suite de l'intervention. Il a pratiqué la ligature aux deux extrémités et établi un drainage, ayant affaire à une blessure récente. Son malade a guéri.

Mont. R. Reid de Cincinatti rapporte une observation d'anévrisme iliaque guéri par ligature de l'iliaque primitive (*Les anévrismes au John Hopkins Hospital*, relevé de tous les cas traités chirurgicalement depuis l'ouverture de l'hôpital jusqu'en 1922. *Arçhives of Surgery*,vol. XII, n° 2, première partie, janvier 1926, page I. In *Journal de chirurgie*, 1926, t. XXVIII, p. 301).

Enfin Tully Vaughan, pour un anévrisme occupant la bifurcation de l'aorte (*Annals of surgery*, 1921, t. LXXIV, n° 3, p. 308 à 312. In *Journal de chirurgie*, 1921, t. XIX, p. 500), dit : « On passe autour de

l'aorte, sur le sac, immédiatement au-dessous de l'origine de la mésentérique inférieure, un ruban de coton de 1 cm. 25 de large. On serre jusqu'à arrêter le pouls iliaque et presque complètement le pouls à la bifurcation aortique. Après l'opération les deux jambes sont chaudes. On sent le pouls dans le pied gauche pas dans le droit ; les suites furent excellentes. »

Voilà donc ce que nous savons des méthodes de traitement de l'anévrisme diagnostiqué avant sa rupture. Mais lorsque cette rupture l'a transformé en anévrisme diffus, que faire, la paroi incisée, en présence de cet hématome énorme, de ces caillots qui s'échappent en abondance pour faire place immédiatement à une hémorragie brutale ?

Rivet a fait comprimer l'aorte abdominale, puis il est allé tout de suite au foyer de l'hémorragie ; mais tant à cause de la situation de l'anévrisme que des adhérences il a dû renoncer à lier l'aorte très haut.

La malade de Ferrari meurt pendant l'opération avant que le chirurgien ait eu le temps de découvrir l'origine de l'hémorragie.

Le Docteur Lenouëne peut faire comprimer l'aorte et place un clan sur l'origine de l'iliaque primitive. L'hémorragie a été telle que le malade meurt presque aussitôt. Du reste dans certains cas, une grande partie de l'artère étant envahie par la dégénérescence anévrismale, une seule opération serait susceptible de sauver la vie du malade, ce serait l'excision entre

deux ligatures de l'artère iliaque primitive tout entière. La dégénérescence pouvant s'étendre sur l'aorte, il est bien évident que certains anévrismes diffus sont au-dessus des ressources de la chirurgie.

D'après l'analyse des différentes observations que nous relatons, il semble bien qu'au point de vue du résultat du traitement, il y ait une différence essentielle à établir entre l'anévrisme non rompu de l'iliaque primitive et l'anévrisme diffus de cette même artère. Sur cinq observations, deux correspondent à des anévrismes non rompus et l'intervention a été suivie de guérison. Dans les trois cas de rupture, au contraire, la mort a suivi l'opération.

CONCLUSIONS

I. — D'après les cinq observations que nous avons pu réunir, les anévrismes de l'iliaque primitive se présentent sous forme d'anévrisme primitif (deux cas) ou d'anévrisme diffus (trois cas).

II. — Le diagnostic des anévrismes de l'iliaque primitive est à faire d'après les signes ordinaires des anévrismes. Au cas d'anévrisme diffus l'évolution rapide de la tuméfaction et les phénomènes de compression sont les éléments les plus importants du diagnostic.

III. — Les anévrismes de l'iliaque primitive présentent une grande gravité et relèvent uniquement de l'intervention chirurgicale.

IV. — L'opération est bien moins grave au cas d'anévrisme primitif. Elle consiste alors dans l'extirpation de la poche anévrismale si elle est possible (un cas) et au cas d'impossibilité dans la ligature de l'artère aux deux extrémités de la poche (un cas).

V. — Dans tous les cas que nous avons relatés d'intervention chirurgicale pour anévrisme diffus de

l'iliaque primitive, celle-ci a été suivie de mort (trois cas). On peut dire théoriquement que l'intervention consisterait à aller le plus rapidement possible lier l'iliaque primitive à son origine pour exciser ensuite la poche anévrismale.

Vu : le Président de thèse,
GOSSET.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Brexer. — Iliac aneurism (Ann. Surg. Phila., 1901, XXXIII, p. 473).

Cornil et *Ranwer.* — Manuel d'histologie pathologique, p. 539.

Delbet. — Traité de chirurgie clinique et opératoire, t. 4, p. 203 et 242.

Ferrari. — Bulletin et mémoires de la Société nationale de Chirurgie, t. LV, n° 4, 9 février 1929, p. 161.

Haythorn. — Tuberculosis of the large arteries with the report of a case of tuberculos aneurysm on the right common iliac artery (J. am. Ass. med. Chir., Chicago, 1913, LX, p. 1413).

Lejars. — Chirurgie d'urgence, p. 400 et 726.

Mont. R. Reid (Cincinnati). — Les anévrismes au John Hopkins Hopital. Relevé de tous les cas traités chirurgicalement depuis l'ouverture de l'hôpital jusqu'en 1922 (Arch. of Surg., vol. XII, n° 2, 1re partie : janvier 1926, p. 1 à 73 ; in J. de chirurgie 1926, t. XXVIII, p. 301).

Ottinger. — Dans traités de médecine Charcot, Bouchard, Brissaud, t. VIII, p. 467-470 et 524.

Orth. — Aneurysma der arteria iliaca und vena communis dextra (Arch. f. Klin. chir. Berlin, 1915, CVI, p. 823).

Pasteau. Anévrysmes multiples des artères iliaques (Bull. Soc. anat. de Paris, 1897, L. XXII, p. 92).

Rivet. — Un cas d'anévrysme de l'iliaque primitive chez un homme de 22 ans (Gaz. méd. de Nantes, 1900-1901, p. 257, XIX).

Rochard et *Stern*. — Diagnostic chirurgical, p. 511 et 513.

Sternberg. — Démonstration symmetrischer aneuvrysmen beider arterias iliace communes (Verhandl. d. deut. path. Gesselsch. Iena, 1908, XII, p. 295).

Tillaux. — Anatomie topographique, p. 693-694 à 695.

Tully-Vaughan (*G.*). — Occlusion partielle par ligature de l'aorte abdominale pour anévrisme (Ann. of Surgery, 1921, t. LXXIV, n° 3, p. 308 à 312; In Journ. de Chirurgie 1921, t. 19, p. 500).

853. — Imp. de la Faculté de Médec., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 4-30